University
MAY
23
1904

Aus der medizinischen Poliklinik zu Kiel.

Ein Fall

von

spontan geheiltem subphrenischen Abscess.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Adolf Friderici,
approb. Arzt aus Altenburg S.-A.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der medizinischen Poliklinik zu Kiel.

Ein Fall

von

spontan geheiltem subphrenischen Abscess.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Adolf Friderici,
approb. Arzt aus Altenburg S.-A.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 35.
Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Quincke.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0224

Vor nunmehr 23 Jahren veröffentlichte Leyden in der Berliner medizinischen Wochenschrift seine bekannte Abhandlung über Pyoneumothorax subphrenicus. Vor dieser Zeit war die Kenntnis dieses Krankheitsbildes völlig unklar und verschwommen. Man hatte zwar Fälle beobachtet, wußte sie aber nie recht in eine bestimmte Diagnose unterzubringen. Ein scharf gezeichnetes Bild dieser seltenen Erkrankung kannte man noch nicht, und so hielt man das Leiden für Pneumothorax und behandelte es dementsprechend. Erst die Autopsie war imstande Klarheit zu schaffen. Allerdings stellte bereits 1845 Barlow eine richtige Diagnose intra vitam an einem solchen Falle, nachdem er an einem ähnlichen früheren Falle, der zur Sektion gekommen war, die Symptome richtig zu deuten gelernt hatte. Seine Beobachtungen fanden leider wenig Beachtung und gerieten bald ganz in Vergessenheit. Jeder vorkommende Fall war wieder ein Pyopneumothorax.

Erst im Jahre 1877 wurde durch einen Fall dieser Art die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt mehr auf diese vergessene Krankheit gelenkt. Auf der Frauenabteilung der propädeutischen Klinik in der Charité wurde ein 23jähr. Dienstmädchen wegen eines Pyopneumothorax (verus) dexter behandelt. Man entleerte das eitrige Exsudat durch Thoracotomie. Bald nach der Operation starb die Patientin. Die Sektion ergab ein Exsudat unterhalb des Zwerchfelles ausgehend von einem perforierten Duodenalgeschwüre. Dieser Fall, von Pfuhl beschrieben und in der Berliner klinischen

Wochenschrift 1877 veröffentlicht, gab Veranlassung zu weiteren Beobachtungen. Nachdem Leyden an seiner Klinik selbst 3 Fälle genau beobachtet und studiert hatte, erkannte er eine gleichartige charakteristische Symptomatologie dieses Zustandes und veröffentlichte das Resultat seiner Beobachtungen in der bereits erwähnten Abhandlung vom Pyopneumothorax subphrenicus.

Seitdem sind von allen Seiten Beobachtungen solcher Fälle gemacht und die Symptomatologie und Bedeutung des Leiden, wie Leyden sie fand, bestätigt und weiter ausgebaut worden.

Man hat auch Versuche gemacht die Bezeichnung „subphrenischer Absceß“ umzuwandeln in „hypophrenisches Empyem“, aber der von Leyden gegebene Name hat sich so fest eingebürgert, daß er jetzt noch allgemein gebraucht wird. Empyem wäre wohl medizinisch korrekter, da es sich ja um eine Eiteransammlung zwischen serösen Häuten und nicht im Bindegewebe oder einem vorgebildeten Organe handelt; es würde also durch diese Bezeichnung der Prozeß präziser charakterisiert. Die Verquickung von lateinischen und griechischen Brocken in dem Worte „subphrenisch“ mag ja das philologische Empfinden manches Mediziners beleidigen, ein Schaden für unsere Wissenschaft dürfte aber wohl schwerlich daraus entstehen, solange wir noch wissen, was wir darunter zu verstehen haben. Etwas anderes ist es allerdings mit dem von Leyden vorgeschlagen Begriff „Pyopneumothorax“. Nach den weiteren Beobachtungen ist dieser Ausdruck nicht identisch mit „subphrenischen Absceß“, wie wir weiter sehen werden, sondern bildet nur eine besondere und zwar die häufigste Form unserer Erkrankung.

Unter Pyopneumothorax subphrenicus versteht Leyden „die Bildung großer mit Luft und Eiter gefüllter Höhlen unterhalb des Zwerchfelles, doch so daß sie in den Thoraxraum mehr oder weniger hoch hinaufragen und eclatante physikalische Symptome ergeben, die denen des wahren

Pyopneumothorax sehr ähnlich sind". Solche Eiterhöhlen können veranlaßt werden durch traumatische oder andere Formen der Peritonitis, ferner sehr häufig durch Perityphlitis sowie Magen- und Duodenalgeschwüre. Seltnere Ursachen sind perforierende Carcinome des Magen-Darmtraktus, Leber- und Milzabscesse, durchgebrochene Gallensteine oder verjauchende Echinococcen. Auch kann im Anschluß an schwere infektiöse Pleuritis ein solcher Zustand durch Perforation in die Bauchhöhle eintreten.

Die häufigste Ursache geben Perityphlitis und Magen- oder Duodenalgeschwüre ab. Körte führt 50% aller von ihm behandelten Fälle auf Perityphlitis zurück, Umber nur 10%. Nach Nowack haben 1/3 aller Abscesse perforierende Magen- und Duodenalgeschwüre zum Ausgangspunkt.

Schon aus der Ätiologie ergibt sich, daß das Empyem sowohl rechts- als auch linksseitig vorkommen kann. Natürlich ist es, wie leicht einzusehen, häufiger rechts anzutreffen.

Bei Berücksichtigung der anatomisch-topographischen Verhältnisse des Zwerchfelles und der darunter gelegenen Organe ergibt sich die Begrenzung der Abscesse ganz von selbst. Rechts- und linksseitige Empyeme sind scharf von einander getrennt durch das Ligamentum suspensorium hepatis, das infolgedessen immer die mediale Wandung bildet. Es liegen also die rechtsseitigen Abscesse zwischen Diaphragma, Lig. hepatis suspensorium, Oberfläche der Leber und Thoraxwand, während die linksseitigen unten und seitlich von Magen, Milz und Colon begrenzt werden, medial vom Aufhängeband der Leber und oben vom Zwerchfell.

Wie aus der Leyden'schen Definition des subphrenischen Abscesses hervorgeht, gehört nach ihm die Anwesenheit von Luft zum Wesen dieser abgesackten Eiterung. Die Luft stammt wohl in den meisten Fällen aus dem Darm. Genaue Untersuchungen haben ergeben, daß

sich sehr oft ein energisch Gas bildender Paracolibacillus nachweisen läßt, selbst ohne daß Perforation des Darmes vorliegt. Bei traumatischen subphrenischen Abscessen kann auch die Luft direkt von außen durch penetrierende Wunden hineingelangen. Nach Nowack kommt Luft aus der Lunge in den Absceß, wenn eine Caverne, die vorher mit dem Zwerchfell verlötet war, berstet. Kommt es bei länger bestehendem Empyem zur Perforation des Diaphragma, so wird nach Starke unter dem Einfluß eines Erstickungsanfalles bei fortwährendem Husten und geschlossener Stimmritze leicht Luft in die Eiterhöhle gepreßt.

Wie auch unser Fall lehren wird, kommen auch subphrenische Abscesse ohne Luft vor. Wie schon erwähnt, sind diese Fälle seltner. Manche Autoren nehmen an, daß bei diesen Formen stets Leberabscesse als ätiologisches Moment in Frage kommen. Wir haben also 2 Unterarten des subphrenischen Abscesses zu unterscheiden, den lufthaltigen, häufigsten Pyopneumothorax und den nicht lufthaltigen seltneren Pyothorax subphrenicus.

Die lufthaltigen Abscesse, die durch Perforation des Darmes in abgesackte Höhlen entstanden sind, sollen weniger zum Durchbruch des Zwerchfelles neigen.

Natürlich steigt die Luft nach oben bis unter die Zwerchfellskuppel. Sie wird zwischen Zwerchfell und Leber festgehalten. In der Umgebung erfolgt Entzündung mit adhäsiver Verklebung, und es kommt so zur Absperrung. Wir haben also eine jauchende Eiterung in einem allseitig geschlossenen Raume vor uns. Bei Vergrößerung des Empyems wird das Zwerchfell mehr und mehr in den Thorax hineingedrängt. Die Verdrängung nach unten tritt gegenüber der nach oben ganz erheblich zurück. Bei längerem Bestehen stellt schließlich das Zwerchfell seine Funktion auf der kranken Seite ein, beteiligt sich nicht mehr bei der Atmung und verhält sich schlaff und bewegungslos. Infolge dieser Erschlaffung wird die Druckwirkung von Seiten des

Abscesses begünstigt und ferner durch die exspiratorischen Kräfte noch verstärkt. Wird der Thorax erweitert, so wirken die inspiratorischen Kräfte auf das Zwerchfell und den Absceß aspirierend ein. Es drängt also der Absceß das Zwerchfell in den Brustkorb hinein. Sitzt das Empyem rechts, so wird die Leber ein wenig nach unten verlagert, die rechte Lunge wir komprimiert, das Herz wenig nach links geschoben.

Der Befund der physikalischen Untersuchung ergibt sich aus dem Gesagten von selbst. Es wird der normale Lungenschall nach oben verdrängt und zwar zunächst in der Axillarlinie. Über der retrahierten Lunge ist der Perkussionsschall abnorm voll und tief und von der 3. oder 4. Rippe an zeigt er tief tympanitischen Beiklang. Die Leberdämpfung fehlt entweder vollständig und ist dann durch einen tiefen vollen Schall ersetzt, oder sie beginnt erst am Rippenbogen; meist ist die Leber schon durch Palpation bequem nachzuweisen. Das Atmungsgeräusch fehlt von der 3., bisweilen von der 2. Rippe ab, dagegen hört man amphorisches Hauchen oder metallisches Klingen. Der Stimmfremitus fehlt, und beim Schütteln nimmt man das Succussionsgeräusch wahr.

In vielen Fällen findet sich auch eine Diffusions- oder Contact-Pleuritis als Begleiterscheinung. Die Pleuritis entspricht meist dem Sitz des Eiterherdes. Selten ist sie gekreuzt und dann nur, wenn der Erkrankungsherd weiter vom Zwerchfell entfernt liegt. Nach Gerhardt kommt die Pleuritis durch das Offenstehen der Lymphgefäßmündungen an beiden Seiten des Zwerchfelles sehr leicht zu Stande. Gerade diese adhäsive Pleuritis bereitet und schreibt bei Perforation des Diaphragma den Durchbruch in die Lungen vor. Nach Ansicht der einen Autoren findet sie sich in 50% aller Fälle, andere geben 65% an, Leyden und v. Bergmann sind der Ansicht, daß sie fast immer auftrete. Ausführliches über Pleuritis im Anschluß an subphrenischen

Absceß hat Senator berichtet in seiner Abhandlung „Über Pleuritis im Gefolge von Unterleibsaffektionen.“ Charité-Annalen IX 1884.

Von subjektiven Beschwerden findet sich regelmäßig Schmerz der Lebergegend, der Seite oder des Leibes. Die Schmerzen strahlen nach der Schulter und dem Arm aus. Die befallene Seite ist wie gelähmt. Außerdem finden sich oft Erbrechen, Übelkeit, Völle des Leibes und hohes Fieber.

Die Diagnose wird gestellt aus der Anamnese und den von Leyden aufgestellten bekannten Symptomen:

1. Husten und Auswurf fehlen; sie treten erst bei Perforation in die Lunge auf.
2. Fehlen der Spannung und Auftreibung der Intercostalräume.
3. Geringe Verschiebung aller Organe.
4. Über dem weitaus größten Teil der Lunge hört man normales Vesiculäratmen, das nach unten hin durch eine scharfe Grenze vom Bezirk des amphorischen Hauchens getrennt ist.
5. Die Manometrie der Lungen oder die Beobachtung der Ausflußgeschwindigkeit ergibt, daß bei der Inspiration der Druck im Manometer resp. die Ausflußgeschwindigkeit steigt, während beide bei der Exspiration sinken. Diese Erscheinung, auf die Pfuhl aufmerksam gemacht hat, beweist, daß die Eiteransammlung unterhalb des Zwerchfelles liegt.

Trotz aller dieser charakteristischen Symptome ist der Prozeß doch nicht immer so leicht zu erkennen, wie es auf den ersten Blick scheinen mag, und die Diagnose wird im Anfang der Absceßbildung äußerst selten gestellt.

Schwieriger noch ist die Diagnose eines nicht lufthaltigen subphrenischen Abscesses. Aus der Anamnese läßt sich meist gar nichts oder nur wenig verwerten; höchstens wenn der dem Absceß vorausgehende Prozeß wirklich dia-

gnostiziert ist, läßt sich mit einiger Bestimmtheit das hypophrenische Empyem vermuten. Im übrigen finden sich nur die Zeichen eines pleuritischen Exsudates. So kommt es, daß man bei den Patienten, die etwas spät zur Beobachtung kommen, und bei denen jede Ätiologie unbekannt ist, besonders wenn der Absceß von mittlerer Größe ist, Pleuritis angenommen wird.

Der Ausgang der Erkrankung ist, wenn nicht operativ eingegriffen wird, meist exitus letalis durch Peritonitis; seltner kommt es zur schon erwähnten Perforation in die Brusthöhle, so daß der Eiter völlig expektoriert werden und Spontanheilung erfolgen kann.

Der Durchbruch in die Bronchien bildet einen günstigen Ausgang, der bei gut erhaltenen Kräften des Patienten wohl immer gut überstanden wird. Meist erfolgt die Perforation ganz plötzlich. Wie Nowack mit Recht hervorhebt, „findet sich rechts und links am Zwerchfell eine Stelle, die muskelarm ist und dadurch für eine Perforation vorbereitet erscheint. Bei raschem Wachstum wird diese Stelle von dem Absceß umso eher durchbrochen, als sie am lateralen Ende des Haller'schen Bogens gelegen in liegender wie in halbsitzender Stellung dauernd vom Eiter umspült wird. Bei einer stärkeren Bewegung, Husten oder auch spontan sogar im Schlafe kommt es zum Durchbruch.". Auch gibt es nach Nowack eine Perforatio insensibilis, indem das Zwerchfell allmählich erweicht und durchlöchert wird.

Diagnostisch wichtig ist auch nach Nowack, daß hypophrenische Empyeme in die Bronchien, paranephritische Abscesse in die Pleura durchbrechen.

Bis jetzt sind relativ wenig Fälle von subphrenischem Absceß mit Durchbruch in die Bronchien und Spontanheilung bekannt geworden. Sehr gern nahm ich daher die Gelegenheit wahr, einen dieser interessanten und seltenen Fälle, der mir von Herrn Prof. v. Starck gütigst überwiesen wurde, veröffentlichen zu dürfen.

Ich gehe gleich zur Krankengeschichte unseres Falles über:

Anamnese. Maria M., Arbeitertochter, 8 Jahre alt, kam am 12. Juni 1897 in Behandlung der medizin. Poliklinik. Vorher war sie schon längere Zeit in Behandlung eines praktischen Arztes wegen einer angeblichen Darmaffektion, die mit Erbrechen und Obstipation eingesetzt haben soll, und bei der es sich vielleicht um Perityphlitis gehandelt haben kann, ohne daß allerdings nachträglich diese Diagnose mit völliger Sicherheit gestellt werden konnte. Das Kind, das früher nie krank gewesen sein sollte, kam bei dieser Erkrankung ausserordentlich herunter und war in sehr elendem Zustande, als es von der Poliklinik übernommen wurde.

Status: 15. VI. 97. Hochgradig abgemagertes, verfallen aussehendes Mädchen. Die subjektiven Beschwerden bestehen hauptsächlich in intensiven Schmerzen in der rechten Thoraxseite und im rechten Arm. Lungenlebergrenze am untern Rand der I. Rippe. Rechts hinten unten ist die Lungengrenze nicht zu bestimmen, da rechts h. u. eine etwa in der Höhe des VII. Brustwirbels beginnende Dämpfung sich in die Axillargegend erstreckt und dort etwas weiter nach oben reicht. Das Atmungsgeräusch ist im Bereich der Dämpfung abgeschwächt. Auf der linken Lunge hört man vorn und hinten unten einzelne bronchitische Geräusche, sonst findet sich auskultatorisch und perkussorisch nichts Abnormes. Herzdämpfung und Herztöne sind normal. Der Puls ist mäßig voll, leicht zu unterdrücken, 135. Der Bauch ist etwas aufgetrieben, Lebergegend ausgesprochen druckempfindlich. Das Kind leidet zeitweilig an so heftigen Schmerzen, daß ihm jede Bewegung und Berührung höchst unangenehm ist, wodurch natürlich die Untersuchung sehr erschwert wird. Leber überragt circa 2 Finger breit den Rippenrand. Kein Ikterus. Milz nicht palpabel. Stuhlgang dunkelbraun, etwas schleimig, ziemlich fest. Appetit schlecht. Temperatur 39,3.

Dieser Zustand besteht bis 28. VI. ziemlich unverändert fort. Temperatur bewegt sich mit morgendlichen Remissionen immer um 39°. Die Schmerzhaftigkeit der Lebergegend und im Arm ist wechselnd, im allgemeinen aber intensiv. Im Urin fand sich reichlich Indikan, kein Eiweiß, Zucker oder sonstige pathologische Bestandteile.

Weiterhin tritt über der Dämpfung leises Bronchialatmen auf. Der Pectoralfremitus ist abgeschwächt.

In der Nacht vom 27.—28. VI. tritt plötzlich ein heftiger Hustenanfall auf, nach dem reichlicher Auswurf entleert wird. Der Auswurf ist eitrig, mit einigen bräunlichen Streifen durchsetzt, von höchst üblem Geruch, sodaß das ganze Zimmer verpestet wird. Allgemeinbefinden etwas besser. Temperatur etwas niedriger: 37,7. Zum ersten Male seit langer Zeit stellte sich Eßlust ein.

29. VI. Leberdämpfung ist kleiner geworden. Die Leber ist kaum noch empfindlich. Rechts hinten findet sich Dämpfung von IV. Brustwirbel ab, nach unten an Intensität zunehmend. Über derselben unbestimmtes, leises Atmungsgeräusch. Die Therapie bestand in Darreichung von 3 × tgl. 5 Tropfen Ol. Terebinth. und Terpentin-Inhalationen.

Der stinkende Auswurf, der täglich in Menge eines kleinen Tassenkopfes entleert wird, dauert fort. Ein Teil wird anscheinend verschluckt und erregt Diarrhöen, die dünnschleimig sind und ähnlichen Geruch haben, wie das expektorierte Sputum. Weiterhin wechselt die Menge des Auswurfs. Zeitweilig ist die Expektoration außerordentlich quälend, sodaß das Kind nicht liegen kann, resp. im Liegen besteht außerordentlich quälender Hustenreiz. Die Dämpfung rechts hinten ändert sich wenig, auch links hinten unten tritt vorübergehend eine Dämpfung auf. Viel Schmerzen im Halse, die Schleimhaut ist daselbst diffus gerötet, anscheinend durch den jauchigen Auswurf. Temperatur ist wechselnd, doch meist nur febril, an einigen Tagen auch 39° überschreitend.

Bis Ende Juli dauert dieser stinkende Auswurf fort. Mikroskopisch finden sich in ihm Eiterkörperchen und Fetttröpfchen, kein Lungengewebe. Eine Probepunktion zwischen 5. und 6. Rippe ergibt blutig-eitrige Flüßigkeit. Das Allgemeinbefinden ist zeitweise etwas besser, im allgemeinen aber wenig befriedigend. Es entsteht Decubitus etc. pp. Ein operativer Eingriff wird von den Eltern mit dem Bemerken abgelehnt, daß das Kind ebenso gut zu Hause sterben könne, als im Krankenhause.

Anfang August wird der Auswurf weniger foetid. Temperatur wird normal. Der Appetit sowie das Allgemeinbefinden bessern sich allmählich. Die Dämpfung rechts hinten unten nimmt langsam an Ausdehnung ab.

23. VIII. Das Kind verläßt das Bett und fängt an wieder herumzugehen. Für längere Zeit besteht schleimig-eitriger Auswurf. Das Allgemeinbefinden hebt sich zusehends.

Anfang Oktober ist das Kind, abgesehen von einer hinten unten mäßigen Dämpfung mit Abschwächung des Atemgeräusches wieder genesen und zeigt normales Verhalten der Leber und der sonstigen Organe. Es wird aus der Behandlung entlassen.

Epikrise. Wenn wir die Krankengeschichte in wenigen Worten noch einmal kurz zusammenfassen wollen, so finden wir eine Abszeßbildung unterhalb des Zwerchfelles über der Leber, im Anschluß an eine unbekannte Erkrankung des Darmes oder Leber. Das Empyem bricht nach der Brusthöhle durch und wird völlig expektoriert. Bei Berücksichtigung der am Anfang gegebenen Schilderung stehe ich nicht an, den vorliegenden Fall für einen Pyothorax subphrenicus zu erklären, der in die Bronchien durchbrach und durch völlige Expektoration zur Spontanheilung gelangte. Es ist also einer jener so seltnen, aber günstig verlaufenden Fälle, von denen wir kurz gesprochen haben.

Unser Fall gewinnt aber durch einige Eigentümlichkeiten ein besonderes Interesse. Besonders ist es die Ätiologie und das Jugendalter der Patientin. Beide wollen wir etwas genauer betrachten.

Wie ein Blick auf die angegebene Aetiologie unsers Leidens ergibt, muß unsere Erkrankung bei Kindern zu den Seltenheiten gehören. Denn die in Frage kommenden Erkrankungen, die einen subphrenischen Absceß veranlassen, kommen im kindlichen Alter äußerst selten vor. Magen- und Duodenalgeschwüre sind bei Kindern intra vitam noch nie beobachtet worden, bei Sektionen sind einige wenige gefunden worden. Traumen der Leber und Milz sind bei Kindern begreiflicher Weise auch nicht häufig. Leberabscesse nicht traumatischen Ursprungs gehören zu den größten Raritäten der Kinderheilkunde. Den häufigsten Ausgangspunkt dürfte die Perityphlitis abgeben, die ja nach Biedert und Fischl gar nicht so selten ist, ja bis zum 10. Jahre 9% aller Darmerkrankungen ausmacht.

Man hat auch bei unserm Falle, der leider etwas spät in poliklinische Behandlung kam, an eine Perityphlitis als ätiologisches Moment gedacht, doch bin ich geneigt, diese Ätiologie etwas in Frage zu stellen. Besonders veranlaßt mich dazu die intensive Empfindlichkeit der Lebergegend, die bis zum Durchbruch des Empyems in die Bronchien anhält, und die ebenso intensive Schmerzhaftigkeit der rechten Schultergegend, sowie der Mangel an Luft in der Eiterhöhle.

In allen früheren Fällen wird nämlich angegeben, daß die Empfindlichkeit der Lebergegend relativ gering sei, es wird sogar von einigen Autoren diese Erscheinung als charakteristisches und wertvolles Symptom der Erkrankung bezeichnet.

Daher bin ich geneigt, die angegebene intensive Schmerzhaftigkeit auf einen Leberabsceß zurückzuführen und diesen als Ausgangspunkt für das Empyem zu betrachten.

Unterstützt wird diese Annahme noch dadurch, daß es sich hier um Pyothorax handelte. Daß hier Luft völlig fehlte, unterliegt ja keinem Zweifel, denn klingende und metallische Geräusche sowie das Succussionsgeräusch waren nie zu hören. Wie wir aber schon bemerkten, sollen die nicht lufthaltigen subphrenischen Abscesse von Leberabscessen ausgehen.

Nach dem eben Erörterten liegt nun wohl genügend Grund vor, einen Leberabsceß als Ursache unsers Pyothorax anzunehmen.

Nehmen wir nun einen Leberabsceß an, so haben wir einen ganz äußerst seltenen, vielleicht noch nie beobachteten Fall vor uns. Ich finde in der Literatur nur 3 Fälle von Leberabsceß bei Kindern, bei keinem aber kam es zur Bildung eines subphrenischen Abscesses. Proust veröffentlichte 2 Fälle. In dem einen Fall handelte es sich um ein 5 Jahre altes Kind, das an chronischer Dysenterie und Hämorrhagien, heftigem Schmerz in der Lebergegend mit Ausstrahlung nach der Schulter litt. Über der Leber eine Beule. Incision. Entleerung von 350 g Eiter. Vorübergehende Besserung. Bildung neuer inoperabler Abscesse. Spontanentleerung in den Dickdarm. Pyämie. Tod.

In dem anderen Falle von Proust bildete sich bei einem 3jährigen Kinde nach Dysenterie und schweren Allgemeinerscheinungen ein Absceß in der Lebergegend. Durch Incision Entleerung von ½ l Eiter. Besserung. Nach 1 Monat Heilung. Bei diesem Kinde bildete sich vielleicht ein subphrenischer Absceß. Leider konnte ich darüber nichts Ausführlicheres erfahren.

Wie selten Leberabsceß bei Kindern gefunden wird, geht aus der Statistik von Dancarol hervor, der unter 562 Fällen von Leberabsceß nur 1 Kind angibt.

Berichte über subphrenische Abscesse bei Kindern waren mir nur 6 zugänglich.

Bosanquet berichtet von einem 10 jährigen Knaben, der unter Leibschmerzen, Erbrechen und Fieber erkrankte. Im Hypogastrium fühlt man eine Resistenz. Dämpfung innerhalb der Mammillarlinie rechts bis zur 5. Rippe reichend. Am 21. Krankheitstage wird unter Husten Eiter ausgeworfen. Es entwickelte sich eine rechtsseitige Pneumonie. Heilung.

Einen zweiten Fall veröffentlichte Sänger. Bei einem 10. jährigen Mädchen entstand im Anschluß an traumatische Typhlitis rechtsseitiger Pyopneumothorax mit Luftgehalt. Perforation in die Brochien. Pleurales Empyem. Pyopneumothorax verus. Multiple Abscesse. Keine Operation. Tod.

Ein 3. Fall ist von Grimm beschrieben. Ein 6 jähriger Knabe erkrankte unter Kolikschmerzen und Verdauungsstörungen nach Überladung des Magens. Empfindlichkeit in der Coekalgegend. Meteorismus. Fieber. Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes. Rechts Dämpfung bis zur Symphyse herab. Über dem Thorax Dämpfung in den abhängigen Partien. Bronchiales oder amphorisches Atmen, hauchende Respiration. Perforation in die Bronchien. Übelriechender Auswurf, anfangs spärlich schleimig, schließlich mehr braunrot. Viel Husten. Lungengangrän. Continuirliches Fieber mit morgendlichen Remissionen und abendlichen Exacerbationen. Auskultationsbefund wechselnd, je nachdem der Zugang zur Absceßhöhle frei oder verlegt war. War ein größerer Bronchialast verlegt, so trat Eiterretention, Schüttelfrost, Ansteigen der Temperatur und starker Schweiß auf. Spontanheilung.

Krohne heilte ein 7jähriges Mädchen, die unter dem Bilde einer Perityphlitis mit beginnender Peritonitis erkrankte, operativ. Es fand sich ein subphrenischer Absceß ohne Luftgehalt.

Über einen äußerst interessanten Fall berichtet Karewski. Ein 9 Jahre altes Mädchen wurde von einem Wagen gequetscht. Die Untersuchung ergab diffuse Peritonitis und linksseitigen subphrenischen Absceß. Bei der

Operation zeigte sich die Milz von ihrer Kapsel völlig sequestriert.

Dr. Classen in Hamburg operierte bei einem 7jährigen Knaben einen subphrenischen Absceß mit Erfolg.

Mit unserm Falle haben wir also 7 Fälle vor uns. Davon sind 3, also fast die Hälfte, in die Bronchien durchgebrochen und spontan geheilt. Es ist dies auffallend, denn in der Statistik von Maydl-Grimm, die 182 Fälle enthält, finden sich nur 8 Spontanheilungen durch Perforation. Es scheint daher, als ob bei Kindern eine größere Neigung als bei Erwachsenen besteht, in die Bronchien durchzubrechen.

Bemerkenswert ist auch, daß unter dem 6. Jahre kein Fall beobachtet worden ist.

Unter allen beschriebenen Fällen steht unser Fall betreffs Ätiologie vielleicht einzig da.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. v. Starck für die gütige Überweisung der Arbeit und die Durchsicht derselben meinen ehrerbietigsten Dank abzustatten. Auch sage ich Herrn Geheimrat Prof. Quincke für die gütige Übernahme des Referats meinen besten Dank.

Literatur.

v. Leyden: Über Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift für klin. Med. 1 pag. 320 u. Berliner klin. Wochenschr. 1892 Nr. 46, pag. 1153.

Neusser: Zur Kasuistik des Pyopneumothorax subphrenicus. Wiener med. Wochenschr. 1884 Nr. 44—47.

Pfuhl: Berliner klin. Wochenschrift 1877 Nr. 5 u. 1881 Nr. 5.

Starke: Ein Fall von geheiltem subphrenischen Lungenabsceß. Charité-Annalen Jahrgang VII 1882, pag. 623.

Poetsch: Subphrenischer Absceß; Heilung durch Operation. Charité-Annalen Jahrg. VII 1882, pag. 300.

Herrlich: Über subphrenische Abscesse. Vortrag im Verein für innere Medizin. Deutsche med. Wochenschrift 1886 Nr. 9 u. 10.

Renvers: Berliner klin. Wochenschr. 1892 No. 41, pag. 1157.

Nowack: Die hypophrenischen Empyeme. Schmidts Jahrbuch der gesamten Medizin CCXXXII, pag. 73.

Carl Jaffé: Über subphrenische Abscesse etc. Deutsche med. Wochenschrift 1881 Nr. 16.

Franz Fischer: Zur Lehre von Pyothorax subphrenicus. Deutsches Archiv für klin. Medicin XXVII, pag. 555.

C. Rosenbach: Die Erkrankungen des Brustfells in Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie XIII 1, pag. 227.

Prager medizinische Wochenschrift 1896 Nr. 18—20.

Deutsche medizinische Wochenschrift 1900 Nr. 44.

Buschhausen: Kiel 1895. Med. Fak.-Inaugural-Dissertation 1896. Beiträge zur Kenntnis des hypophrenischen Empyems.

Pyopneumotharax subphrenicus auf perityphlitischer Basis ohne Perforation. v. F. Umber in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie v. Mikulicz und Nannyn 1900 6 Bd., pag. 605—17.

Leyden: Charité-Annalen 1878 Jahrg. II, pag. 264

Biedert-Fischl: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 12 Aufl. 1902.

Maydl: Über subphrenische Abscesse.

Bosanquet, W. Cecil: Two cases of subphrenic abscesses opening into the long Brit med. Journal. Mards 12.

Sänger: Archiv f. Heilkunde XIX, pag. 246, 1870.

Senator: Über Pleuritis im Gefolge von Unterleibsaffektionen. Charité-Annalen IX 1884.

Lebenslauf.

Adolf Friderici, evangelischer Konfession, geboren am 10. April 1877 zu Schmölln S.-A., als Sohn des 1878 verstorbenen Buchbinders und Cartonagenfabrikanten Franz Friderici, besuchte zunächst die Bürgerschule und dann die Mittelschule seiner Vaterstadt, weiterhin das herzogliche Friedrichs-Gymnasium in Altenburg und das städt. Gymnasium zu Greiz i. V. Letztere Anstalt verließ er Ostern 1898 mit dem Zeugnis der Reife.

Er widmete sich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Halle, wo er Ostern 1900 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Im Sommersemester 1900 genügte er bei der 11. Komp. des kgl. bayerischen 1. Infanterie-Regimentes „König“ seiner Militärpflicht und setzte dann seine Studien in Berlin, Leipzig und Kiel fort. An letzter Universität unterzog er sich im Wintersemester 1902/03 der ärztlichen Staatsprüfung, die er am 30. März beendete. Am 4. April bestand er das Rigorosum.